



Compañía de Seguros

L'UNION de Paris
Compañía Argentina de Seguros S.A.
Tte. Gral. Juan D. Perón 650 5º Piso
(C1038AAN) Buenos Aires
Telefax: 54 11 53 00 33 00
www.lunion.com.ar

**DENUNCIA DE ADELANTO
POR ENFERMEDAD**

- CANCER CARDIOPATIA ISQUEMICA OTRAS CARDIOPATIAS
 INSUFICIAENCIA RENAL AFECCIONES NEUROLOGICAS

1.- <u>INFORME QUE SUMINISTRA EL PRINCIPAL</u>	
Póliza N°: Certificado N° Importe del Seguro \$	
Nombre del Principal:	
<u>DATOS DEL ASEGURADO</u>	
Nombre y Apellido completo:	
Tipo y Nro. de Documento:	
Fecha de Nacimiento: / /	
Fecha de Inicio en Póliza: / /	
Fecha de su ultima concurrencia al trabajo: / /	
¿Fue dado de baja en el empleo? En caso afirmativo fecha y causa:	
Periodo de ausencia por la enfermedad:	
OBSERVACIONES	
Fecha: / / Sello y Firma del principal

2.- <u>INFORME QUE SUMINISTRA EL ASEGURADO</u>	
Nombre y Apellido completo:	
Domicilio:	
Localidad:	Provincia: C.P.:
Naturaleza de la actual enfermedad:	
Fecha en que comenzó a ser atendido por la misma:	
¿Dejó de concurrir a sus tareas desde el comienzo de su enfermedad?	
¿Cuál fué el último día que concurrió normalmente a su trabajo?	
Indique todos los médicos que lo asistieron desde el principio de esta enfermedad:	
.....	
¿Está tramitado o le fué acordada su jubilación?	
Fecha: / / Sello y Firma del asegurado

3.- <u>DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA QUE DEBERA ACOMPAÑAR LA DENUNCIA</u>	
<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA SOLICITUD ADHESIÓN AL SEGURO
<input type="checkbox"/>	HISTORIA CLINICA
<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA D.N.I. ASEGURADO

.....
Sello y Firma del Principal